Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 1338 de 2012

OBTENCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LAS CÉLULAS Y TEJIDOS HUMANOS

Directora del Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Células, Tejidos y Órganos (INDT)
ver exposición

TOS CONVULSA

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 17 de octubre de 2012
ver exposición

(Sin corregir)

PRESIDEN:	Señores Representantes Berta Sanseverino, Vicepresidenta y Daniel Radío, Presidente.
MIEMBROS:	Señores Representantes Daniel Bianchi, Antonio Chiesa Bruno y Álvaro Vega Llanes.
INVITADOS:	Por INDT, doctora profesora Inés Álvarez.
	Por tos convulsa, doctores Antonio Galeana y Jorge Quian.

SEÑORA PRESIDENTA (Sanseverino).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión tiene el agrado de recibir a la profesora doctora Inés Álvarez, Directora del Instituto Nacional de Donación y Transplantes de Células, Tejidos y Órganos, a efectos de analizar el proyecto relativo a la obtención y utilización de las células y tejidos humanos. El señor Diputado Vega Llanes es el promotor de esta iniciativa y sugirió invitarla para ampliar nuestros conocimientos.

SEÑORA ÁLVAREZ.- Antes que nada, quiero agradecerles a todos por la convocatoria.

Estar charlando sobre estos temas en el ámbito legislativo es realmente un honor para mí. Como ustedes saben, nuestra institución desde el año 1978 está encargada de la gestión administrativa, del control y de apoyos en las políticas sobre los programas de donación y transplante de órganos y tejidos; a partir de 2003 también de los programas de células, y en 2008 de los programas de medicina regenerativa. Nuestra institución se hace cargo de todas las actividades que se hagan con órganos, tejidos, células y subproductos desde el inicio de nuestra creación.

Nuestra institución es un orgullo para el país, porque ha sido siempre una política de Estado desde su creación. Es realmente un orgullo que hayamos logrado con distintas actividades legislativas, con determinadas normas, decretos y resoluciones que este recurso terapéutico tan importante, que proviene de una donación humana, tenga buen recaudo y no haya beneficencias o lucros con este tipo de material humano tan valioso.

Como ustedes saben, el manejo de los tejidos y las células tenían un estado de no regulación completa en nuestras legislaciones -la primera fue en el año 1971- y el Ministerio de Salud Pública se adelanta en estos temas y aporta el Decreto Nº 160 sobre la seguridad de tejidos en el año 2006. Ese decreto anticipó situaciones que podían llegar a ser bastante complicadas en la región, como se venían dando en otros países. Una vez que las regulaciones con los tejidos y las células se establecieron en Estados Unidos y también en Europa hubo algunos acercamientos a América Latina, pero algunos países han tenido dificultades. Nosotros nos hemos anticipado para no tener problemas.

Con respecto a este proyecto de ley, quiero señalar que siempre estuvimos en un 98% de acuerdo. Precisamente, en una Comisión de Salud hicimos referencia a un tema específico relativo a las células y tejidos fetales. La evolución propia de nuestra legislatura, insisto, me siento muy orgullosa de ella- ha tomado tres leyes muy profundas y una vez discutidas en el ámbito parlamentario, debería ser obligatorio establecer lo que hace unos dos o tres años me provocaba un poco de resquemor. En estos momentos es una obligación que nuestra institución tome conciencia y pueda generar la trazabilidad de células y tejidos de todo orden, incluidos los fetales. Algo que en un momento no nos parecía correcto, después nos pareció bien. Existe una madurez parlamentaria en estos temas tan profundos, que me consta se están discutiendo fuertemente. Hay leyes que ya se promulgaron y otras que están en discusión, pero este tema existe y no podemos cerrar los ojos. Por lo tanto, es bueno que se tenga un control sobre este material biológico absolutamente riquísimo, que se pueda generar una trazabilidad y que el país tenga la seguridad de un tratamiento ético y correcto con todos estos elementos.

En el artículo 6º se establece el consentimiento informado según la Ley Nº 18.473, que habla de la voluntad anticipada. No obstante, sería bueno que hiciéramos referencia a las otras leyes de transplante. Desde el año 1971 se maneja el consentimiento informado de la donación, también para después de la muerte. La ley Nº 17.668 de julio de 2003 establece el consentimiento informado inclusive en vida. Me parece que esto complementaría el concepto del consentimiento informado bajo el contexto real de la donación que estuvo anteriormente.

Con respecto al resto de los artículos seguimos teniendo las mismas consideraciones. Pero, en cuanto a la parte del consentimiento, deberíamos tener conciencia o colocar allí la nueva ley votada del donante presunto. Me parece que sería bueno que cuando se habla del consentimiento se nombren las tres leyes, la de 1971, la de 2003 y la de 2012. Considero pertinente hacerlo para que quien lea esto tenga un elemento de referenciación sobre qué bases éticas y legales el país viene trabajando en estos temas.

El artículo 10 que refiere a la regulación de actividades preexistentes, dice: "Los bancos de células ya existentes cuyo fin sólo sea la criopreservación [...]". Quiero hacer un comentario que no cambia sustancialmente nada, pero desde el punto de vista formal y técnico los bancos de células no tienen nada más que la actividad de criopreservar. Los que criopreservan son depositarios de células. Como dije, es una precisión desde el punto de vista técnico, no cambia nada, pero me parece correcto que haga ese comentario. Los bancos de células tienen la actividad de tipificación, de seguridad, y no solo de criopreservar. El que criopreserva es conceptualmente, como dice la legislación española, un depositario de células. Creo que la redacción está muy bien, pero como ocupo el cargo que ocupo, me pareció oportuno hacer esta disquisición frente a ustedes.

SEÑOR VEGA LLANES.- Antes que nada, quiero agradecer su presencia.

Me interesa transmitirle lo que creo es el sentimiento de la Comisión y del país. Tenemos un orgullo legítimo en este banco, en este Instituto que hace accesible equitativamente a los uruguayos, más allá de su condición socio económica y otro tipo de consideraciones, el acceso a materiales biológicos humanos donados. En otros países funciona de diferente manera, hay comercio, etcétera, y en el nuestro se ha hecho un avance increíble. Me imagino que debe ser un orgullo presidir un banco con estas características y que además cuenta con el apoyo de todos los partidos políticos y de la ciudadanía en general. Es bueno decírselo porque muchas veces

tenemos cosas concretas para plantear y los uruguayos somos medio parcos en reconocer cuando hay algo que está muy bien hecho y que funciona muy bien. Por mi actividad, yo he acudido en alguna oportunidad y el servicio y la solución de los problemas es realmente ejemplar.

Es cierto lo de la maduración de las cosas. Nosotros teníamos grandes dudas, en particular, en el artículo 4º, que fue uno de los temas que habíamos discutido, pero la vida ha hecho que esto se vaya resolviendo. Me parece de orden aceptar la sugerencia en el artículo 6º, y debemos alinearlo con la última modificación que hicimos de la ley, que votamos hace poco tiempo, en cuanto a la donación presunta; más allá de que en el momento de la donación esto pueda ser revocado. Hay que buscar una redacción que nos permita dejar esto como una donación presunta y, eventualmente, revocable por su padres en el momento que se le plantea.

Todos sabemos que cuando hablamos de bancos, nos referimos a uno solo, porque hay uno solo que se dedica a la preservación. Igualmente, vamos a cambiar el término criopreservación, porque una de las cosas que aprendimos estudiando otras leyes es que no debemos referir a técnicas específicas que puedan modificarse, porque si no quedarían fuera de la ley; no estarían específicamente prohibidas, pero eventualmente podría interpretarse que la única manera de preservar células sería la criopreservación. En el caso de los gametos actualmente hay algunos otros métodos.

En particular, quisiera su opinión sobre el artículo 9º, no solo desde el punto de vista técnico, sino también ético. Yo tengo una posición asumida sobre este tema, porque de esto se desprende que podría haber bancos privados que hicieran análisis genéticos; por lo menos no está específicamente prohibido.

SEÑORA ÁLVAREZ.- Agradezco al señor Diputado por las referencias que hizo de nuestra institución. Realmente, nos sentimos muy orgullosos de trabajar en este país que, insisto, ha manejado las leyes y las normativas con una premura y precisión casi quirúrgica.

Con respecto al artículo 9º, yo no lo había captado como el señor Diputado manifestó. Dice: "A partir de la entrada en vigencia de la presente ley, los bancos de células madre, sin excepción, cualquiera sea su origen que colecten para usos autólogos eventuales o que realicen o no el análisis del material genético con fines de investigación o de donación, deberán solicitar la inscripción en el Registro Nacional de Donantes [...]". En el país existe un solo laboratorio de inmunogenética, que está en el Instituto Nacional de Donación y Transplante de Células, Tejidos y Órganos. Todos esos estudios son muy costosos y el país, con buen criterio, decidió unificarlos en un solo lugar y, por lo tanto, el análisis se realiza allí. Ahora me queda la duda. El material genético puede estudiarse desde varias órbitas, es decir para un transplante, para saber una enfermedad o para determinar una población. En definitiva, aquí no se establece quién, simplemente se hace referencia a cualquier banco de célula madre que lo tenga para uso autólogo, que es lo que hasta el momento se realiza, porque nadie sabe si luego esas células van a servir para ese uso. Actualmente ese banco que hoy existe no hace el análisis genético para uso autólogo, porque guarda células bajo el concepto de que como va a ser autólogo no precisa estudio ya que va a ser para sí mismo. Si ese banco que existe u otros que existieran lo plantearan con concepto de donación, obviamente tendría que lograr habilitación en tanto el país como tal ya hizo el esfuerzo general en el Proyecto 700 de generar el Banco Nacional y Público de Sangre de Cordón Umbilical. Sería un plus.

Planteado tal cual está, podría llegar a existir algún banco que debería estar habilitado bajo estas características, es decir inscripto en el registro, cumplir con la habilitación y requisitos correspondientes aceptando el concepto de banco, como dije al principio. Es decir, que un banco no solo preserva células, sino que hace muchas otras cosas más.

Con estas consideraciones, y como de hecho la propia regulación expresa que tiene que estar inscripto y condicionado a la habilitación, cumpliendo los requisitos correspondientes establecidos en la ley, creo que el país no va a verse complicado con estas cosas que pasan en el resto de América Latina que no tienen regulación. Puede haber alguna complicación a posteriori, pero me da la impresión de que el propio artículo, al establecer el concepto de banco y nosotros describirlo, limita cualquier escape que establece nuestra regulación.

SEÑOR CHIESA.- Agradecemos la presencia de la doctora.

Por supuesto, hago mías las palabras del señor Diputado Vega Llanes respecto al trabajo que realiza el Instituto desde hace muchos años, por la seriedad con que se realizan todas las técnicas y de la manera que se lleva adelante. Entonces, mis felicitaciones para su Directora.

Creemos que este es un paso muy importante que tenemos que dar. Leímos la versión taquigráfica del Senado y en aquel momento ya se planteaba la posibilidad de que no solamente quedara en un decreto -como en su momento fue de avanzada el Decreto 160- sino que pudiéramos dar un paso mayor hacia una legislación con una ley que regulara todo esto.

Como decía el señor Diputado Vega Llanes, la Comisión simplemente ha tratado de modificar algunas cosas para poner los proyectos en consonancia con algunas leyes anteriores. El proyecto de reproducción humana asistida tiene media sanción de la Cámara y habrá que esperar qué ocurre en el Senado. Estuvimos manejando este tipo de conceptos y queremos que esto vaya en consonancia. En la Comisión tratamos de que algunos temas como la clonación, no catalogada como delito fuera contemplado como tal y por primera vez la clonación humana va a ser tenida como delito.

Creo que se está caminando en una buena orientación en todos estos temas. Además, así como está planteada la ley, hay una discusión acerca de si se permite la existencia de bancos privados. En aquel momento esa discusión se dio en el Senado y no tenemos claro si se mantiene con este proyecto de ley o si realmente se elimina la presencia de estos bancos.

Quisiera conocer la opinión de la doctora Álvarez en ese sentido.

SEÑORA ÁLVAREZ.- Por eso hice la precisión desde el punto de vista técnico. En Uruguay, desde este punto de vista solamente existe -está en los procesos de habilitación o rehabilitación- un banco. Ese banco es depositario de células pero para uso autólogo y pasó por el Comité de Bioética del Instituto. Cada una de las sugerencias que este Comité le hizo fueron de recibo y se hizo un consentimiento informado escrito y un documento para leer que especificaba estas cosas que estoy diciendo. En realidad, se estableció que era para uso autólogo, que no era un banco. Hasta lo que nosotros sabemos desde el punto de vista legal, en el país existe un solo banco privado de células o depositario de células para uso autólogo. Pueden existir otras cosas, si existen no han pasado por la institución, no han sido registradas y ni siquiera están cumpliendo con el Decreto 160. El que ha pasado por esas etapas y sigue pasando por esas etapas es Mater Cell.

Con respecto a la probabilidad de que existan otros, aprobada la ley, y disponiendo esta cuáles son las condiciones de banco, se tiene que proceder a la habilitación. Un banco como tal engloba el concepto de donación, que quiere decir que es para uno y para el que lo precise. Ese es un concepto de banco, el otro lo que hace es guardar sus propias células. Las diferencias son notorias. Creo que teniendo bien claro esto, este proyecto da las condiciones para que nada se escape a lo que este establece.

SEÑOR RADÍO.- Respecto al artículo 3º, que refiere al marco ético, proscribe el fin de lucro en la recepción y donación. Nada más. Tal cual están planteadas las cosas al día de hoy, como no tenemos recepción o donación, este artículo es una suerte de saludo a la bandera.

Con las células y los tejidos se pueden hacer muchas más cosas que donar y recepcionar que no están comprendidas en este artículo, particularmente todo lo relacionado con la investigación genética, una cuestión complicada desde el punto de vista ético. No estoy seguro hasta dónde podemos avanzar y cómo encuadrar eso en un marco ético, es decir, cómo podría ser más frondoso este artículo a efectos de abarcar algunos otros aspectos que me parece que el proyecto que tenemos a estudio no contempla. Insisto en que lo que me parece que nos pasa es que a lo único que el artículo refiere es a una actividad que precisamente no se realiza, cuando eventualmente se podrían realizar otras que no estarían comprendidas.

SEÑORA ÁLVAREZ.- Cuando comenzó la discusión del marco ético en 2008, nosotros la enmarcábamos dentro de todas estas cosas que previamente expresé. El país había llevado con la misma política, con ética y seriedad, la donación y el transplante. Luego, en el tratamiento en el Senado esa disquisición histórica que se había hecho, de alguna manera volvía a aparecer con esta ley

inscribiéndose dentro de ese mismo razonamiento y metodología que había utilizado el Estado en el transcurso de estos años.

Cuando la Cámara de Diputados nos llamó para conversar esto -creo que en 2009-, volvimos a hacer la misma referencia y tengo el comentario que hicimos. Nuestro comentario acerca del marco ético, establecido en el inciso primero del artículo 3º, fue que es común para todas las actividades referidas al artículo 2º y por lo tanto, además debe contemplar el uso terapéutico y de investigación de células y de tejidos. En el inciso segundo, relativo a células conservadas con fines de donación, nuestro planteo fue que todas las células conservadas en institutos públicos y privados constituyen un bien de la comunidad. Conceptualmente, nos parecía que podía quedar un poco más explícito, pero tampoco hacíamos un problema ético en tanto el artículo 7º condicionaba a que se cumpliera con los requisitos y principios establecidos. La ley de donación de 1971 establece que el fin es para usos terapéuticos y científicos, la de 2003 vuelve a decir lo mismo y la recientemente aprobada reitera lo mismo. Creo que esto no queda por fuera del mismo concepto, y con una redacción muy simple pondríamos todos los antecedentes anteriores desde le punto de vista ético. Me parece que esa sería la fórmula.

SEÑORA PRESIDENTA.- La Comisión agradece el aporte que la doctora Álvarez ha hecho a la Comisión.

Le enviaremos la versión taquigráfica y si hubiera alguna duda la consultaremos.

SEÑORA ÁLVAREZ.- Reitero que me siento muy orgullosa de que todos estos temas profundos por lo menos tengan un estado de discusión. No siempre pueden contemplarse todas las posiciones, pero creo que el país necesita la discusión de estos temas.

Muchas gracias.

(Se retira de Sala la doctora Álvarez)

(Ocupa la Presidencia el señor Representante Radío)

SEÑOR PRESIDENTE (Radío).- Quisiera comentar que recibí una llamada de los fisioterapeutas preocupados porque querían saber sobre la marcha del proyecto. Además, estaban enterados de que había venido otro proyecto de la Presidencia de la República y preguntaban si era necesario que vinieran nuevamente. Les dije que como todavía no comenzamos a discutir el proyecto, me parecía que no tenía sentido recibirlos, pero como insistían concerté una reunión para este viernes en mi despacho. Si el señor Diputado Bianchi quiere asistir, puede hacerlo.

(Ingresan a Sala los doctores Jorge Quian y Álvaro Galeana)

——La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el gusto de recibir a los doctores Álvaro Galeana y Jorge Quian, quienes fueron convocados para analizar el brote de tos convulsa y las defunciones que se produjeron en 2011 y 2012. En realidad, lo que motivó la convocatoria fue que hasta donde tenemos entendido se producen brotes periódicos de esta enfermedad cada tres a cinco años y, en esta oportunidad, tuvimos fallecimientos desgraciados en dos años en forma corrida. Además, nos enteramos a través de la prensa de que había cuestionamientos a la suspensión de la estrategia que el Gobierno había adoptado en primera instancia con relación a este tema, por eso los invitamos para que nos den su punto de vista al respecto

SEÑOR GALEANA.- Trabajo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell; soy médico encargado del área de enfermedades infecciosas e infectocontagiosas. Este es uno de los sitios donde más frecuentemente se ingresa a niños con esta enfermedad, por tener áreas de aislamiento individual en las salas, lo cual está indicado.

A fines del año pasado, comentamos que había que mejorar el sistema de vacuna contra la tos convulsa dado que a octubre o noviembre del año pasado estábamos teniendo un número importante de casos nuevos. Hace

más de veinte años que trabajo en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y en ese fin de año habíamos tenido un número realmente importante de ingresos, por lo que nos llamaba la atención que no se habían generado a nivel del Ministerio todas las medidas que pensamos que podían corresponder vinculadas al aumento del número de casos. Comentamos eso y, a partir de noviembre o diciembre de 2011, hubo una modificación en el plan de inmunizaciones: se agregó la vacuna dapT, que es la triple bacteriana: difeteria- tétanos- pertussis con componente pertussis acelular. Se trata de una vacuna que normalmente no se administraba a los doce años de edad porque es muy reactogénica; las que tenemos nosotros sí se dan a los cinco años. El Ministerio modificó la estrategia de vacunación, cambió el plan de inmunizaciones y agregó a los doce años -lo cual realmente nos pareció muy bien- la vacuna triple bacteriana con el componente pertussis acelular que sí se puede administrar a los niños y adolescentes y también a adultos, inclusive a mujeres embarazadas. En ese momento, dada la cantidad de casos que teníamos, comentamos que sería bueno hacer lo que en el mundo se estaba llevando adelante -esta no es una situación nacional sino a nivel mundial-, que aquí se podría implementar desde el Ministerio de Salud Pública, y era la estrategia capullo, que es la de rodear a todas las personas que van a convivir con el recién nacido. Dado que la enfermedad se está haciendo más frecuente en niños muy pequeños, entre cero y seis meses, las personas podrían ser inmunizadas con esa nueva vacuna que ya se estaba aplicando para los niños de doce años. Considerábamos que era bueno proteger a esas personas mayores para que de forma indirecta protegieran al niño. Esa estrategia se estableció y entre noviembre y diciembre se implementó; además, incluía inmunizar a las madres en el posparto inmediato o, eventualmente, se permitía que se las vacunara antes del final del embarazo porque era algo que también mejoraba la posibilidad de evitar que el niño se infectara. Lo que nos llamó la atención y que fue motivo de lo que sucedió ahora fue que a fines de febrero -esa estrategia se estableció entre noviembre y diciembre- no sabemos por qué razón el Ministerio consideró que no había más "brote" -entre comillas- de tos convulsa, que por lo tanto no era importante mantener esa estrategia y la vacuna se retiró.

¿Cuál es el punto? Pasaba el tiempo y seguíamos teniendo a muchos niños internados; quizás no el pico que tuvimos en noviembre, pero seguíamos teniendo a muchos niños muy pequeños con tos convulsa y en más de una ocasión fallecimientos. Más de una vez durante este año concurrí a ateneos de anatomía patológica en el Centro Hospitalario Pereira Rossell con niños pequeños fallecidos por tos convulsa. Esto es algo que en los veinte años que hace que estoy en el hospital prácticamente no lo habíamos vivido.

En setiembre, alguien de la prensa me preguntó qué opinaba sobre lo que estaba pasando con la tos convulsa y dije que me había llamado la atención que en febrero se había retirado la vacuna para las mujeres, y que si bien la estrategia capullo, que es vacunar a todos los contactos, podía ser un problema porque implica vacunar a muchas personas y efectivamente en el mundo con el paso del tiempo hemos visto que no genera grandes beneficios, por lo menos, el hecho de vacunar a la mujer en la segunda mitad del embarazo iba a beneficiar esta situación. También planteamos que eso tenía que ser dirigido específicamente a las mujeres jóvenes y de salud pública. Yo trabajo en sistemas privados, en sistemas mutuales y en sistemas públicos y esta enfermedad la he visto prácticamente en forma exclusiva a nivel público, con madres del Pereira Rossell. Con los cambios de implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud se ha modificado la población y esta es cada vez más pobre porque mucha gente ha pasado al mutualismo. Me llamaba la atención que solamente se trataba de mujeres jóvenes, en general adolescentes, que provenían de malos medios socioeconómicos y que tenían niños muy pequeños que eran los que más se enfermaban, y eventualmente los que morían. Yo comenté que no sabía por qué se había retirado esta estrategia, porque es una vacuna difícil de dar. Es cara, hay que pagarla y si el Ministerio no la implementa, no la administra, no la indica y no la recomienda, es muy difícil que llegue al nivel de población que estamos atendiendo en el Pereira Rossell. Allí nadie va a pagar una vacuna que cuesta alrededor de $ 1.000; aclaro que esto lo escuché de los periodistas, en realidad no sé cuánto sale.

En definitiva, me parecía que era algo que teníamos que mover. Todo surgió porque en la hoja de epidemiología del Ministerio se publicaron los datos de los niños fallecidos por tos convulsa en lo que va del año 2012. Entonces, cuando me preguntan, respondo: precisamente, los fallecidos son niños predominantemente del Pereira Rossell y menores de dos meses; creo que habían dicho cinco de seis niños, o seis de siete, no lo recuerdo exactamente. No recuerdo haber visto en otros años a tantos casos de niños fallecidos por tos convulsa y todos en el Pereira Rossell. Sin embargo, en febrero habían retirado ese plan de vacunación para las mujeres embarazadas.

Inclusive, yo creía que había que hacer mayor promoción porque algo que se coloca en este país en diciembre y que se saca en febrero prácticamente no existió porque entre enero y febrero la gente todavía no llegó a

enterarse, a informarse o a implementar esto para hacerlo real y efectivo. Ese fue el motivo por el cual la prensa se planteara cómo es que no la dieron y por qué retiraron la vacuna. Las cifras de casos las daba el Ministerio; el número de muertos los daba el Ministerio; yo tenía datos del hospital pero no quería presentarlos porque se iban a presentar en un congreso. Además, dije que números no iba a dar, pero hoy en día los tengo. Tengo aquí el "Red Book" de Pediatría, que es el reporte del Comité de Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos. Allí expresamente se recomienda, cuando hay casos de tos convulsa en forma importante, la administración de la vacuna en mujeres a partir de la segunda mitad del embarazo. Asimismo, tengo presentaciones en "Power Point" que no tengo problema en facilitarlas a la Comisión.

SEÑOR QUIAN.- Nosotros venimos de un país que tiene tradición de ser buen vacunador. Fuimos los primeros en incorporar la vacuna Haemophilus y los primeros en implementar la vacuna de la varicela. Venimos de una cultura de vacunar gratuita y obligatoriamente desde hace muchos años.

En realidad, la existencia de tos convulsa hace años que está demostrada en el país. Les traje unos trabajos, de los cuales soy autor, que demuestran que en los años 2004 y 2005 ya había casos de tos convulsa. Esta estrategia de vacunar a los adolescentes a los doce años, como se implementó el año pasado y con la que estamos de acuerdo, lleva más de diez años en países como Francia, Estados Unidos, etcétera. La estrategia de vacunar a las embarazadas también hace dos o tres años que se implementa en el mundo y nos parecía lo más adecuado. También nos pareció muy adecuado cuando el Ministerio decidió comenzar a vacunar a las mujeres embarazadas a partir de las veinte semanas, sobre todo porque hay un gran control sobre estas mujeres; un gran porcentaje de los embarazos se controlan y esa era una estrategia relativamente sencilla. Sin embargo, nos llamó poderosamente la atención que a partir del 28 de febrero se dijera que no se vacuna más, sin ninguna razón que hayamos podido discutir o que nos hayan trasmitido; fue una decisión absolutamente vertical y arbitraria porque los casos se seguían dando. Estamos en desacuerdo con esa medida y en esto hay experiencias universales.

Además, este no es un problema de Uruguay. Actualmente, toda América Latina tiene este problema; Estados Unidos lo tiene; países de Europa lo tienen. Obviamente, no es responsabilidad de ninguna autoridad que haya una epidemia, pero sí lo es tomar una medida adecuada o retirarla sin explicaciones convincentes.

Es sabido que cada diez años nos tenemos que vacunar contra la difteria y el tétanos. En este momento, en el mundo se está discutiendo que cada diez años nos tengamos que vacunar contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa, la vacuna triple bacteriana que se incorporó a los doce años de edad. Probablemente, esta es una de las resoluciones que se van a tomar a la brevedad. Ya hay algún país que lo está haciendo.

La idea era trasmitir que compartimos las medidas que tomó el Ministerio, pero no la que implementó de retirar la vacuna. Nos parece que no hay ninguna razón lógica para ello porque hasta el momento siguen habiendo casos de tos convulsa.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tengo algunas preguntas para aclarar algunos conceptos que son básicos.

La primera es si la vacuna antipertussis integra el Certificado Esquema de Vacunación; se supone que confiere inmunidad. Esto estuvo presente todo el tiempo; la pregunta sería a partir de qué edad confiere inmunidad y por qué tenemos una población vulnerable.

La otra pregunta es si existe evidencia científica del resultado de las estrategias a que se hacía referencia recién, tanto la de capullo como la de vacunar a las madres. Me gustaría saber qué experiencias internacionales existen de aplicación de estas estrategias y si han sido exitosas.

Por otra parte, me gustaría saber si cuando se implemente esta estrategia solo será para el Centro Hospitalario Pereira Rossell o también será para el subsector privado, y qué pasará en el interior del país.

Por último, desearía conocer si la determinación de la aplicación de la estrategia es ministerial o es de ASSE y si el costo es muy oneroso. Supongo que la estrategia capullo es más cara que la de vacunación a las madres.

SEÑOR QUIAN.- La estrategia es universal, es para todo el país y no solamente para el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Si bien el número de casos es más importante en el Pereira Rossell -como dijo el doctor Galeana-, hay tos convulsa en todos lados. Lo que pasa, como siempre, es que las enfermedades no son muy democráticas. En los ranchos se enferman más que en las casas donde vivimos nosotros por el hacinamiento, por el humo del tabaco, por el humo del carbón y por el frío. Eso es así en casi todas las enfermedades.

Donde se demostró que la estrategia capullo ha dado resultados es en Costa Rica. El año pasado estuvo aquí la Ministra Ávila y dio una charla en un congreso de pediatría que se llevó a cabo en el Hotel Radisson. Allí mostró con números que la estrategia capullo se puede lograr en ese país que tiene maternidades muy concentradas y que también tiene una gran tradición de vacunación. Hay gente en Estados Unidos que ha dicho que a ellos la estrategia capullo no les da tanto resultado porque no pueden lograr esa convocatoria a todos los que cuidan a los niños. Entonces, prefieren la estrategia de vacunar a la madre, que trasmite inmunidad. Se vacuna a la madre y ella genera anticuerpos que pasan al recién nacido. El problema mayor de la tos convulsa está en los primeros dos o tres meses, porque la vacuna pertussis, que se utiliza en el mundo y en el Uruguay, obviamente, se da a partir de los dos meses.

A partir de la década de los cincuenta, se empezó a vacunar contra pertussis en el mundo desarrollado y en el Uruguay, a partir de 1960, y se advirtió que prácticamente desaparecía la tos convulsa. En ese momento, la tos convulsa era una enfermedad de los preescolares y escolares, que surgía a partir del año o año y medio. ¿Por qué? Porque la madre trasmitía defensas al recién nacido y este se encontraba bastante protegido, enfermándose tardíamente; además, no se escolarizaban tan pronto los niños, como sucede ahora, que van al jardín de infantes desde los dos o tres meses. Con el correr del tiempo, se advirtió -sobre todo, en Estados Unidos- que se enfermaban los adolescentes. ¿Por qué? Porque habían perdido las defensas que las vacunas les daban. Las vacunas trasmiten defensas por un tiempo, así como también la enfermedad. Si no se vuelven a vacunar, las defensas se pierden. Entonces, los adolescentes empezaban a tener la enfermedad, que no es característica. En los chiquitos, las abuelas son las que hacen el diagnóstico de la tos convulsa; los médicos simplemente la corroboramos. En los adolescentes, se manifiesta como una tos banal. Las madres adolescentes, los padres jóvenes o los hermanos adolescentes contagian al recién nacido, que desarrolla esa grave enfermedad. Esa es la historia.

¿A qué edad se vacuna contra la tos convulsa en el Uruguay y en casi todas partes del mundo? A los dos, cuatro, seis y doce meses con la vacuna pentavalente, que tiene un componente de tos convulsa, y se hace un refuerzo con la triple bacteriana a los cinco años. El año pasado, el Ministerio de Salud Pública incorporó, con muy buen criterio, una nueva dosis a los doce años.

¿Qué pasa con la vacuna que se da a los doce años? Uruguay tiene una excelente cobertura de vacunación porque se exige el carné de vacunas para ir a la escuela. De esa forma, se ha logrado el 95% de cobertura, que es uno de los mejores índices de América. A los adolescentes no se les exige ningún control. Si uno recuerda la etapa de adolescente, uno no se quiere pinchar. Las campañas de vacunación en adolescentes, en general, fracasan. Para poner un ejemplo, la hepatitis B es una enfermedad de transmisión sexual. Cuando salió la vacuna, se planteó vacunar a los adolescentes antes de que comenzaran a tener relaciones sexuales, pero esa idea fracasó en el mundo; se tuvo que vacunar a los lactantes de dos meses, porque en esa etapa las vacunas son obligatorias y todo el mundo se vacuna. Por lo tanto, estamos de acuerdo en que se haya planteado vacunar a los doce años.

No estamos de acuerdo con que se haya suspendido la vacunación de las madres a partir de las veinte semanas de gestación. Si bien la estrategia capullo puede ser cara -compartimos que no son problemas que sepamos resolver-, lo cierto es que las epidemias se dan cada tres o cinco años -como se dijo-, por lo que se puede hacer esa estrategia en este momento, en que estamos en el brote. Cuando no se esté en el brote, se podrían mantener las vacunas que se plantearon, en los plazos en que se establecieron.

La principal objeción que planteamos tiene que ver con la suspensión de la campaña. ¿Por qué se suspendió? Planteamos esa objeción desde el punto de vista científico.

SEÑOR GALEANA.- Nos hemos sorprendido de esta resolución porque hemos advertido que hay muchos casos. Según los últimos datos que tenemos del Ministerio de Salud Pública, hubo ocho

fallecidos el año pasado y ya van siete durante este año, hasta setiembre de 2012. Entonces, no se aprecia una reducción en el año 2012 como para quedarnos tranquilos.

Insisto que lo que planteamos es algo que está recomendado en el mundo. Esto no ocurre en el Uruguay porque se esté haciendo algo mal, sino que es una enfermedad de las denominadas "reemergentes"; del mismo modo que tenemos este problema aquí, lo tienen en Washington, Nueva York, en Europa. Por eso, en este momento, se están haciendo estas recomendaciones en el mundo.

Sabiendo eso, cuando tuvimos el episodio y vivimos el fallecimiento de los niños, no entendimos que de un día para el otro se determinara no continuar con una estrategia que, en realidad, nunca se había llegado a implementar de forma adecuada, porque en enero y en febrero no se puede comenzar a implementar nada que uno quiera hacer seriamente. Sabemos que en este país no existe implementar algo nuevo en enero y febrero, y pretender que eso camine. Así como apareció, desapareció. Nadie se enteró.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la comparecencia de los invitados. La información que han brindado nos parece muy importante.

Vamos a sugerir que se envíe la versión taquigráfica de estas palabras a las autoridades, a las que, probablemente, solicitemos que concurran.

Quedamos a las órdenes.

(Se retiran de Sala a Sala los doctores Jorge Quian y Álvaro Galeana)

——Propongo que se envíe la versión taquigráfica de las palabras que se han vertido al Ministerio de Salud Pública y que solicitemos su concurrencia.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota)

——Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)